THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1915 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Olivier PILLET

Né à Nantes, le 2 juin 1890

Ancien interne de l'hôpital Péan de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMORRAGIES

AU COURS DE

L'ÉVOLUTION DES KYSTES DU PANCRÉAS

Président : M. POZZI, *professeur*

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

—

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Au Docteur CHARLES MARTIN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Il a bien voulu nous inspirer ce travail et nous aider de ses conseils. Nous tenons à l'assurer ici de notre bien vive gratitude.

Au Docteur THIBAULT

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Au Docteur PARMENTIER

Médecin de l'Hôpital Tenon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Au mois d'août dernier est entré dans le service du Dr Martin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, un malade pour lequel avait été porté le diagnostic de perforation gastrique.

L'intervention pratiquée d'urgence permit de constater une hémorragie de l'arrière-cavité des épiploons par rupture d'un kyste hématique du pancréas.

La recherche de cas antérieurs analogues a montré leur rareté.

Nous avons cru devoir entreprendre à la suite ce travail, heureux si nous avons pu contribuer dans une faible proportion à l'étude de ces hémorragies.

AVANT-PROPOS

Il existe certains cas d'hémorragie spontanée ou post-traumatique dans l'évolution des kystes du pancréas.

Ces hémorragies ont pour siège d'élection l'arrière-cavité des épiploons, plus rarement la grande cavité péritonéale.

Une revision rapide de l'anatomie du pancréas, le rappel de l'importante vascularisation de la glande et ses rapports aideront à comprendre la fréquence de ces hémorragies et la migration de la collection dans la cavité péritonéale.

Les symptômes fonctionnels accompagnant la formation des kystes pancréatiques, étudiés ensuite, permettront une orientation plus facile du diagnostic lors de l'interrogatoire du malade.

La pathogénie de ces hémorragies sera envisagée dans l'évolution des kystes hématiques.

Leur symptomatologie, leur diagnostic et leur traitement fera l'objet de chapitres spéciaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HÉMORRAGIES

AU COURS DE

L'ÉVOLUTION DES KYSTES DU PANCRÉAS

ANATOMIE

Au cours de l'évolution des kystes hématiques du pancréas l'hémorragie peut s'effectuer :

1° Dans l'arrière-cavité des épiploons. C'est la variété qui nous a semblé la plus fréquente ;

2° Dans la grande cavité péritonéale ;

3° Dans les viscères creux avoisinants : l'estomac et le côlon transverse ;

4° Dans le tissu cellulaire prépancréatique, entre le feuillet pariétal postérieur du péritoine et le tissu glandulaire.

Quels sont donc les rapports de ces organes avec le pancréas ?

Le pancréas est situé profondément le long de la paroi postérieure, aussi pour aborder sa face antérieure doit-on :

Effondrer le ligament gastro-colique qui est très court à ce niveau ;

Abaisser le côlon transverse ;

Sectionner le méso-côlon transverse.

On tombe alors dans l'arrière cavité des épiploons, sur la paroi postérieure de laquelle on aperçoit le pancréas tapissé par du péritoine qui l'applique contre la paroi.

Cette face antérieure du pancréas est croisée transversalement par l'insertion du mésocôlon transverse : aussi, la migration du liquide sera-t-elle différente, au-dessus et au-dessous de cette insertion.

Dans la portion sous mésocolique le liquide hématique inondera la grande cavité péritonéale après avoir effondré le feuillet inférieur du mésocôlon transverse.

Dans la portion sus-mésocolique au contraire, l'épanchement se fera d'abord dans l'arrière-cavité des épiploons à travers son feuillet péritonéal postérieur ; secondairement, il pourrait gagner la grande cavité péritonéale si l'hiatus de Winslow ne venait former cliniquement un obstacle à cette migration.

Médiatement la face antérieure du pancréas répond à la face postérieure de la petite tubérosité de l'estomac par l'intermédiaire de l'arrière-cavité des épiploons, aussi peut-on envisager la possibilité d'une rupture dans cet organe.

Cette migration dans la cavité stomacale n'est pas la seule, car il faut noter encore la possibilité d'une rupture dans le côlon transverse, que le kyste rentre dans la variété sus ou sous-mésocolique.

La face postérieure du pancréas est extra-péritonéale. Les rapports les plus importants sont ceux qu'elle affecte avec les vaisseaux.

La tête répond, en effet, par l'intermédiaire du fascia de Treitz, à la veine cave inférieure, à la veine rénale droite, et au pilier droit du diaphragme (La veine porte se trouve séparée de la veine cave inférieure par le petit pancréas de Winslow).

Le corps déprimé longitudinalement par l'aorte et la mésentérique supérieure répond au pilier gauche du diaphragme. Elle présente deux gouttières transversales, superposées pour l'artère et la veine splénique (cas de Storck) ; cette face postérieure est encore en rapport avec les veines rénale et génitale interne gauches.

Enfin pour expliquer anatomiquement la formation de ces kystes hématiques du pancréas, nous signalerons l'extrême vascularisation de cette glande.

En effet, trois arcades venues des artères duodéno-pancréatiques parcourent la face antérieure, d'autres arcades venues des anastomoses de l'hépatique avec une branche postérieure droite de la mésentérique sont destinées à la face postérieure ; enfin la splénique irrigue le petit pancréas, le corps et la queue.

Histologiquement, les vaisseaux formés par des capillaires et des artères terminales, pénètrent avec le tissu conjonctif jusque dans les îlots de Langerhans. Ils sont surtout remarquables par leur grosseur, leur grand nombre, et vont même jusqu'à former de véritables glomérules.

ÉVOLUTION DES KYSTES DU PANCRÉAS

Les kystes du pancréas sont relativement rares.

Sur 6.000 autopsies pratiquées de 1883 à 1894 à Guy's Hospital, Hale White, en a rencontré 40, dont un de nature hydatique.

Ce sont les adultes et plus fréquemment les femmes que les hommes qui en sont atteints.

D'une façon tout à fait exceptionnelle, on a rencontré de semblables tumeurs chez l'enfant. Telling et Dobson citent le cas observé chez une fillette de onze mois.

Le début clinique de ces kystes est très variable suivant les cas.

Quelquefois il est brusque. On observe alors des douleurs abdominales extrêmement vives, localisées habituellement au creux épigastrique et survenant sous forme d'accès à intervalles plus ou moins éloignés.

Parfois ces douleurs rappellent par leur forme, par leur siège et leurs irradiations, les douleurs des coliques hépatiques. Ce sont les névralgies cœliaques de Friedreich.

D'une façon générale, c'est insidieusement que la maladie s'établit.

Les premières manifestations consistent en troubles digestifs assez marqués.

Le malade a de l'anorexie, du dégoût marqué pour certains aliments (en particulier les aliments gras), des vomissements et de la diarrhée. Les vomissements présentent des caractères très variables, tantôt ils surviennent après les repas, ils sont alimentaires ; tantôt ils surviennent à jeun, ce sont des vomissements bilieux.

La diarrhée est particulièrement fréquente.

Quelquefois apparaissent des hématémèses.

Les différents symptômes, anorexie, vomissements alimentaires, diarrhée sont assez constants. La salivation, les vomissements graisseux, la lipurie, le diabète et la sthéarrhée constituent des symptômes tout à fait exceptionnels.

La rareté du diabète dans les kystes du pancréas s'explique par les expériences de von Mehring et de Minkowsky, confirmées par celles de Lépine.

Ces observateurs ont montré que, pour produire expérimentalement le diabète, il fallait pratiquer l'extirpation totale du pancréas et que, si peu qu'on laissât du tissu glandulaire, la glycosurie ne se manifestait pas.

Or, dans ces kystes, presque toujours des portions de la glande restent intactes.

Les matières grasses qui constituent la stéarrhée ne sont autres que les graisses ingérées par le malade et dont la digestion n'a pas eu lieu, aussi faut-il tenir grand compte de ce symptôme qui, malheureusement, s'observe rarement dans ces affections.

L'amaigrissement du malade est rapide, considérable et

s'accompagne d'une sensation d'affaiblissement, d'anéantissement dans les cas arrivés à une période avancée de leur évolution.

Les téguments présentent chez certains malades une coloration signalée par Greig Smith et rappelant celle de la maladie d'Addison.

KYSTES HÉMATIQUES

En laissant de côté les kystes hydatiques et la maladie congénitale du pancréas, les formations kystiques pancréatiques sont :

1° *Les kystes nécrotiques.* — Développés au sein du tissu pancréatique ils sont dus à une nécrose partielle produite elle-même soit par embolie, soit par infection secondaire venant du cholédoque.

2° *Les kystes par rétention* dus à un obstacle obstruant la lumière du canal de Wirsung (calculs du canal de Wirsung, certains calculs du cholédoque) et s'opposant à l'écoulement du liquide pancréatique dans l'intestin.

3° *Les kystes par prolifération épithéliale* provenant d'une prolifération des cellules, des canaux ou des acinis glandulaires ;

4° *Les kystes sanguins* dus à une déchirure vasculaire.

Dans cette étude, nous envisagerons les kystes hématiques, c'est-à-dire les kystes glandulaires transformés et les kystes sanguins.

Kystes glandulaires transformés

Ce sont de simples modifications des kystes pancréatiques vulgaires, une hémorragie s'étant faite dans l'intérieur de ceux-ci.

Le kyste glandulaire peut se transformer brusquement en kyste hématique sous l'influence d'un traumatisme : un des gros vaisseaux qui rampent à la surface a été rompu et s'est ouvert dans le kyste.

Dans d'autres cas la transformation se fait lentement. Dans les inflammations chroniques des parois kystiques il se fait un travail de prolifération sur leur face interne. A ce niveau ce travail aboutit à la formation de néo membranes faites d'un réseau de fibrine enserrant en ses mailles des globules rouges et blancs et des cellules épithéliales. Tout cela s'organise remanié par des vaisseaux de nouvelle formation.

C'est à leur niveau que se produira l'hémorragie, car ils sont d'une extrême fragilité au point de pouvoir se rompre spontanément.

Th. Anger explique ainsi la transformation du kyste glandulaire en kyste hématique (V. obs V) : Dans son origine ce n'était qu'une simple dilatation du cul-de-sac glandulaire. Peu à peu la poche, en se distendant, a comprimé et atrophié les lobules voisins; le stroma fibreux de ces lobules plus résistants a persisté et formé des cloisons réticulées à la face interne.

Quelques-unes de ces cloisons plus faibles se sont rompues et le kyste est devenu sanguin.

Les rapports intimes qui existent entre ces kystes et les nombreuses ramifications des vaisseaux du pancréas suffiraient à expliquer que le contenu kystique fut presque toujours teinté de sang.

Les kystes transformés étant liés à l'existence des kystes glandulaires se développent comme ceux-ci, ordinairement au niveau de la queue ou du corps de l'organe, rarement au niveau de la tête.

L'accroissement progressif ne peut se faire en arrière, aussi est-ce du côté de la paroi abdominale antérieure ou latérale qu'apparaît la tuméfaction.

Kystes sanguins

Ils succèdent à la rupture d'une veine ou d'une artère pancréatique.

Cette rupture peut reconnaître une origine traumatique ou être liée à une affection vasculaire produisant un affaiblissement de la paroi (artério-sclérose, syphilis).

Nous n'envisagerons pas le cas où la rupture vasculaire aura déterminé une hémorragie foudroyante, mais celui de l'enkystement du foyer hémorragique.

Au contact du sang il peut se produire un certain degré de réaction péritonéale qui aboutira à la formation d'adhé-

rences, ce qui expliquera l'enkystement secondaire de l'hémorragie.

Dans d'autres cas la formation du kyste peut s'expliquer par ce fait que le sang pourra déterminer un léger degré de réaction péritonéale qui entraînera la production de néo-membranes aux vaisseaux nombreux et friables. Une hémorragie secondaire se produisant à leur niveau, c'est elle qui entraînera la formation de l'hématome.

Le pancréas étant un organe extrêmement vasculaire, la blessure d'un de ses nombreux vaisseaux explique ainsi l'hémorragie et les symptômes qui peuvent être perçus à une date rapprochée du traumatisme.

Dans le cas d'une manifestation tardive du kyste, ce serait aux dépens de ces fausses membranes nouvellement formées que se développerait l'hémorragie.

La formation de ces kystes peut s'accompagner des symptômes fonctionnels signalés plus haut.

PATHOGÉNIE DES HÉMORRAGIES

Les lésions pancréatiques ont fréquemment un caractère hémorragique.

La grande vascularisation de la glande, la fragilité de ses vaisseaux qui ne sont pas noyés dans une gangue protectrice homogène et sont ainsi facilement vulnérables, contribuent à la production de ces hémorragies.

On a voulu voir également une moindre tendance à la coagulation du sang au niveau du pancréas, on a incriminé l'altération des parois vasculaires sous l'influence de l'auto-digestion ; quoi qu'il en soit, le moindre tiraillement exercé sur l'organe suffit à produire une hémorragie.

Lors de l'hémorragie par rupture d'un kyste, celle-ci peut reconnaître une origine traumatique (obs. V et VII). Dans les cas de rupture spontanée la cause réelle est encore inconnue.

Peut-être est-elle liée à l'infection déterminant une lésion vasculaire. Le sang venant faire irruption dans la cavité kystique contribuerait à une augmentation de tension et occasionnerait les troubles observés dans les cas de kystes non rompus.

Une tension excessive provoquerait alors la rupture, fait qui s'expliquerait par la formation des kystes sanguins dont la paroi et les vaisseaux sont d'une grande fragilité.

SYMPTOMATOLOGIE

L'hémorragie au cours de l'évolution des kystes du pancréas pouvant s'effectuer dans la cavité péritonéale, dans un viscère creux avoisinant la glande : estomac, intestin, et dans l'arrière-cavité des épiploons, nous examinerons successivement ces différents cas.

Cavité péritonéale

L'inondation de cette cavité occasionne un début brusque presque foudroyant.

La douleur est vive, poignante, syncopale ; localisée d'abord au creux épigastrique : généralement sur la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, elle s'étend peu à peu à tout l'abdomen en diminuant d'intensité.

Les symptômes douloureux s'accompagnent presque immédiatement d'un état nauséeux allant jusqu'aux vomissements. Les vomissements d'abord muqueux, puis bilieux, le plus souvent incoercibles, sont très douloureux. Les douleurs abdominales prennent le caractère

péritonéal. Elles augmentent d'intensité et se généralisent à tout l'abdomen.

Le pouls est petit, rapide, pouvant devenir filiforme.

La température est abaissée.

Les urines sont rares.

Localisée au début dans la région épigastrique, la contracture ne tarde pas à se généraliser.

La paroi abdominale rétractée et les grands droits contracturés s'opposent à la palpation de l'abdomen.

Tous ces symptômes s'accentuent progressivement et n'atteignent tout leur développement que douze à quinze heures après le moment de la rupture du kyste (1) (V. obs. II).

Estomac. — Intestin

L'hémorragie s'affectuant dans la cavité stomacale, on pourra observer tous les symptômes de l'hématémèse : douleurs vives à l'épigastre, angoisse et rejet abondant de sang vomi tantôt d'un seul jet, tantôt avec efforts et quintes de toux.

Un épanchement dans l'intestin s'accompagnera, si l'hémorragie est abondante, des phénomènes d'hémorragie intestinale : mélæna, ballonnement intestinal au début,

---

1. Mentionnons à ce propos un cas signalé par Storck. Il paraît se rapporter à un anévrisme faux primitif dû à la déchirure de la splénique et dont la poche se serait formée aux dépens du pancréas.

vomissements, hoquet et même chute de température. Dans notre observation à ce sujet, les symptômes furent moins bruyants. Une diarrhée abondante, glaireuse puis sanguinolente accompagnée de douleurs lombaires assez vives furent les seuls troubles observés. Les débâcles diarrhéiques coïncidaient avec la disparition de la tumeur. (V. obs. III).

Arrière-cavité des épiploons

Les symptômes hémorragiques se manifestent encore par des douleurs abdominales violentes : douleurs vives éveillant l'idée d'une péritonite par perforation. Ces crises toutefois surviennent à intervalles plus ou moins éloignés et ne sont pas continues comme dans les cas d'épanchement dans la grande cavité.

La douleur a tendance à augmenter par le mouvement. Elle est localisé à la région épigastrique, mais elle peut s'irradier vers dos et dans la région lombaire gauche.

La douleur est suivie de vomissements muqueux, puis bilieux qui contribuent à en augmenter l'acuité.

Ils s'accompagnent parfois d'hématémèses (V. obs. VI).

La diarrhée est fréquente et peut-être faut-il voir dans ce phénomène l'expression d'un trouble fonctionnel du pancréas.

Les urines sont peu abondantes et on n'y constate pas de glycose.

La respiration est superficielle, rapide ; le pouls, bien qu'accéléré et dépressible, ne revêt pas les caractères du pouls péritonéal.

La température est peu élevée.

La contracture abdominale rend la palpation difficile (V. obs. I).

Il semble qu'à ce moment l'hémorragie reste le plus souvent limitée à l'arrière cavité des épiploons : l'hiatus de Winslow lui fermant à peu près le passage dans la grande cavité.

Il va se former un hématome enkysté de l'arrière-cavité, une manière d'hématocèle pré-pancréatique assez analogue aux hématocèles rétro-utérines (V. obs. IV).

Le tableau clinique répondra aux kystes sanguins non rompus et développés le plus souvent dans cette cavité.

Aux symptômes dramatiques et bruyants du début succédera une période d'accalmie en même temps qu'apparaît une tumeur abdominale.

Palpation. — Cette tumeur arrondie siège entre l'ombilic et le rebord costal gauche. Sa consistance est mollasse quelquefois, même on peut percevoir une vraie fluctuation.

Son volume est variable suivant l'importance du liquide épanché, lequel peut atteindre 2 litres.

Cette masse est peu mobile transversalement, et de bas en haut. Elle semble figée dans la profondeur de l'abdomen.

A la *percussion*, laquelle devra être pratiquée avec le plus grand soin, on obtient tout d'abord une matité uniforme au niveau de la tumeur.

En percutant plus doucement, on arrive à noter que cette matité n'occupe pas toute la surface de la masse sentie à la palpation.

A sa périphérie des zones sonores apparaissent. En haut une bande de sonorité la sépare de la matité hépatique, c'est la sonorité stomacale que l'on pourrait au besoin étendre par l'insufflation gastrique ainsi que le conseille Guinard.

En bas on constate une autre bande de sonorité qui est celle du côlon transverse refoulé.

La constatation de ces deux zones de sonorité gastrique et côlique entre la tumeur et la paroi est chose délicate. Elle varie d'un examen à l'autre. Mais on conçoit son importance, car elle seule permet de dire que la masse sentie est rétro-intestinale et de faire envisager la possibilité d'un hématome dans l'arrière-cavité des épiploons.

La ponction exploratrice serait dangereuse dans une région si riche en organes essentiels et en vaisseaux importants.

Livrée à elle-même l'affection évolue lentement, mais l'amaigrissement est très manifeste et très rapide. Il est peu probable que la collection puisse résorber. Plus souvent une autre hémorragie surviendra et emportera le malade.

On a cependant noté quelquefois l'infection de ces hématomes enkystés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hémorragies au cours de l'évolution des kystes du pancréas est très délicat, puisque dans presque toutes les observations que nous avons recueillies ce diagnostic n'a pu être établi.

Quand l'hémorragie est très abondante et détermine subitement l'apparition de symptômes abdominaux graves, la possibilité de presque toutes les affections abdominales à début brusque peut se présenter à l'esprit.

Chez notre malade, on pensa à une *perforation gastrique*. Dans d'autres cas on eut pu penser à une *appendicite*, à un *iléus*, à une *perforation intestinale*.

Mais dans tous ces cas, les phénomènes péritonéaux : (contracture totale et massive, abolition des selles et des gaz, etc.) dominent la scène, associés aux symptômes propres à chacune de ces affections : Notion de symptômes gastriques : vomissements, hématémèses antérieures en cas de *perforation de l'estomac ;* contracture et douleur vive de la fosse iliaque droite en cas d'*appendicite ;* arrêt absolu des gaz et vomissements continus en cas d'*iléus ;* notion d'un état fébrile antérieur en cas de *perforation* au cours d'une *typhoïde méconnue*.

Si parfois les phénomènes péritonéaux dominent la scène, dans le cas de rupture d'un kyste pancréatique

ayant provoqué une abondante hémorragie, ce qui frappe le plus c'est la pâleur des téguments et des muqueuses, la froideur du corps, l'absence d'élévation de température et même la tendance à la diminution progressive de celle-ci ; bref tous les symptômes d'une hémorragie interne que les signes de réaction péritonéale localisent à l'abdomen.

Dès lors, s'il s'agit d'une femme, immédiatement la possibilité de *rupture de grossesse tubaire* se présente à nous. De fait, il s'agit là d'une chose fréquente et la rupture d'un kyste pancréatique est chose rare.

Mais dans ce dernier cas la malade n'a pas eu de retards de règles, ses seins ne sont pas modifiés ; elle n'a pas eu les jours et les heures qui précédèrent les accidents abdominaux actuels d'expulsion de caillots ; d'ailleurs le toucher vaginal ne montre aucune modification de l'utérus ; les culs-de-sac sont indolores et libres ; le col n'est pas abaissé.

C'est donc plus par exclusion des signes de grossesse extra-utérine que par la constatation de symptômes propres à la rupture d'un kyste pancréatique qu'on devra penser à cette dernière. Les antécédents hépatiques du malade permettront d'éliminer la rupture d'un *kyste hydatique du foie*.

On peut, il est vrai, songer aussi à la rupture d'un *anévrisme abdominal ;* mais ici l'hémorragie a des caractères plus foudroyants, et le malade est le plus souvent emporté avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Enfin, pour étayer le diagnostic, on devra rechercher dans les antécédents du malade les signes fonctionnels d'un kyste pancréatique. A défaut de tumeur, on devra

demander si le malade n'était pas diabétique et s'il n'avait pas maigri ces temps derniers.

Théoriquement, un diagnostic d'une hémorragie par rupture d'un kyste du pancréas est donc possible.

Mais pratiquement on se heurte à de grandes difficultés ; l'hémorragie n'est pas toujours si abondante que les symptômes d'anémie aiguë qu'elle détermine puissent s'imposer et faire reléguer au deuxième plan les phénomènes péritonéaux qui l'accompagnent.

Qu'il nous suffise de dire pour conclure, qu'en présence de tout accident abdominal aigu, la possibilité de l'hémorragie pancréatique devrait se présenter systématiquement à l'esprit à côté des autres accidents abdominaux.

D'ailleurs, ce qui importe dans tous ces cas, n'est-ce pas plutôt que le diagnostic exact lui-même, la nécessité immédiate d'intervenir ?

Quand l'hémorragie déterminée par la rupture d'un kyste du pancréas s'est enkystée dans l'arrière-cavité des épiploons, le diagnostic se pose avec les tumeurs abdominales.

La consistance un peu élastique, parfois même rénitente de l'hématome de l'arrière-cavité des épiploons permet d'écarter déjà toute tumeur solide. Mais déjà se présentent à l'esprit toutes les tumeurs liquides de l'abdomen. Il faudrait, il est vrai, que notre hématome soit considérable pour que, descendant jusqu'au pubis, il puisse simuler au premier abord un kyste de l'ovaire. Dans un cas d'hématome de l'arrière-cavité des épiploons signalé par Levêque (Thèse de Paris 1909), la masse descendait jusqu'au bassin. Il serait alors facile d'éviter l'erreur par un

examen plus attentif: la position de Trendelenburg au besoin et le toucher vaginal.

Une *vésicule* est mate dans toute son étendue, sa matité se continue avec celle du foie : elle se développe à droite et s'accompagne de phénomènes fonctionnels spéciaux (douleur à type hépatique notamment). Enfin elle ne présente pas cette immobilité spéciale à l'hématome de l'arrière-cavité.

On éliminera de même un *kyste hydatique du foie :* en cas d'hésitation pourtant, on fera la réaction de Weinberg,

A vrai dire, la présence de deux bandes de sonorité stomacale et colique au devant de la masse limite singulièrement les diagnostics possibles et ce n'est assurément qu'avec les tumeurs liquides rétro-intestinales que se pose le diagnostic d'hématome de l'arrière-cavité.

Quelles peuvent être ces tumeurs ?

Il peut s'agir soit d'une *hydronéphrose* ou d'un *kyste du rein*, soit d'un *kyste du mèsentère.*

Dans le premier cas, il y aurait contact lombaire, ballotement rénal et de plus des symptômes urinaires.

Dans le second cas, la tumeur serait plus franchement médiane.

S'il s'agit d'hématome de l'arrière-cavité des épiploons, l'insufflation stomacale peut faire disparaître presqu'entièrement la matité de la masse et parfois la masse elle-même ; si bien qu'en dernière analyse c'est dans cette arrière-cavité que l'on doit localiser la masse sentie.

Mais ceci fait, ne pourrait-on pas hésiter encore sur la nature de cette collection liquide, ne serait-ce pas un

abcès sous-phrénique consécutif à une perforation de la paroi postérieure de l'estomac.

Mais dans le cas d'une collection suppurée de l'arrière cavité des épiploons il y a persistance d'un état fébrile ; il y a en plus des phénomènes douloureux, des troubles gastriques, un amaigrissement plus accentué, plus rapide.

Malgré tout le diagnostic entre ces deux affections pourra rester incertain, d'autant plus que nous avons vu que l'hématome de l'arrière cavité des épiploons pouvait un jour s'infecter comme toutes les collections sanguines intra-abdominales et donner dès lors des symptômes analogues à ceux des abcès sous-phréniques.

TRAITEMENT

Le traitement chirurgical dont tout le monde reconnaît la nécessité dans les kystes du pancréas, s'imposera à plus forte raison dans le cas ou la rupture de ces kystes a provoqué une hémorragie.

La ponction exploratrice nous paraît dangereuse.

Les ponctions répétées ou la ponction avec aspiration continue préconisée par Burmeister ne pourraient être appliquées que dans les cas d'hémorragie enkystée de l'arrière-cavité des épiploons. Elles risqueraient d'être négatives, le liquide épanché étant le plus souvent constitué de caillots.

D'ailleurs ces procédés semblent prêter aux accidents et particulièrement aux blessures de l'estomac et du côlon.

D'une façon générale, c'est vers l'hémorragie que sera dirigé le traitement.

Avec les cas d'hémorragie dans la grande cavité péritonéale, l'incision sera médiane sus et sous-ombilicale. Cette cavité sera soigneusement visitée, débarrassée des caillots épanchés et drainée.

Lors d'une hémorragie dans l'arrière-cavité des épiploons l'incision se fera sur la partie saillante de la tumeur.

Après effondrement de l'épiploon gastro-colique entre

la grande courbure en haut et le côlon transverse en bas, on tombera dans l'arrière-cavité dont on devra évacuer le contenu.

L'enlèvement des caillots sera pratiqué avec douceur pour ne pas amener une hémorragie nouvelle aux dépens des néo-membranes qui tapissent la cavité.

L'évacuation et le tamponnement effectué on s'assurera qu'aucun point ne saigne. Si une nouvelle hémorragie se déclarait la ligature du vaisseau s'imposerait.

Les vaisseaux ayant donné naissance à cette hémorragie sont peut-être très importants pour la vie du pancréas. Mais, comme nous l'avons déjà dit, dans les kystes hématiques, l'hémorragie est due plutôt à un des nombreux petits vaisseaux sillonnant les néo-membranes, aussi conçoit-on combien peu de conséquences entraînerait pour l'organe glandulaire la ligature d'un de ces vaisseaux.

La cavité péritonéale évacuée, quelle sera la conduite à tenir en présence du kyste?

Deux méthodes s'imposent : l'extirpation ou la marsupialisation.

Les kystes transformés ne contractant généralement pas d'adhérences intimes avec le péritoine, le kyste pourra être extirpé s'il est pédiculé.

S'il est sessile, la marsupialisation se fera en suturant les bords à la paroi abdominale. Un drain volumineux et plongeant jusqu'au fond de la poche en assurera l'évacuation.

Mais la constitution des kystes sanguins d'emblée est ici d'une grosse importance.

La cavité évacuée, l'extirpation ou la marsupialisation

seront rendues difficiles par le fait que les kystes contractent avec le pancréas des adhérences intimes. On risquerait alors une déchirure de la glande et une hémorragie consécutive.

Le traitement opératoire se bornera donc au drainage. Drainage effectué avec mèches de gaze qui assureront l'évacuation de la cavité et s'opposeront mieux que le drain à une hémorragie des vaisseaux friables de la paroi.

Nous nous sommes, jusqu'ici, bornés à la description de la technique opératoire. Un point toutefois semble important : l'état de shock du malade.

Ces malades, pour lesquels on est obligé d'intervenir, se présentent avec les phénomènes d'une hémorragie interne. Il faudra, avant tout, les mettre en état de supporter l'intervention.

La thérapeutique habituelle : sérum, huile camphrée, etc. sera mise en pratique.

Après l'opération, nous avons pu constater les bons résultats obtenus avec les injections de sérum, goutte à goutte dans le rectum, suivant la méthode de Murphy.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M... Ernest, maréchal ferrant, âgé de quarante et un ans.

Antécédents personnels — Le malade souffre de l'estomac depuis environ dix ans. Les troubles gastriques sont caractérisés par :

Une anorexie légèrement marquée pour les matières grasses ;

Une sensation de pesanteur au creux épigastrique survenant après les repas ;

Quelques vomissements, rares d'ailleurs, ne calmant pas ses douleurs.

Depuis trois ans le malade se nourrit exclusivement d'œufs et de lait. Les douleurs gastriques ont, depuis cette époque, presque complètement disparu.

Maladie actuelle. — Le malade est pris brusquement le 10 août vers six heures du matin (peu de temps après avoir pris du café), de violentes douleurs au creux épigastrique. Il vomit à plusieurs reprises et prend rapidement un aspect grippé.

Légère diarrhée ;

Température 37°8 ;

Pouls rapide ;

Respiration anxieuse.

Le malade est dirigé sur l'Hôtel-Dieu d'Angers avec le diagnostic de gastro-entérite aiguë.

Dans l'après-midi, il est observé par deux médecins qui notent ;

Pouls faible ; variable de 120 à 140 ;

Respiration de 50 à 60 ;

Température 38 degrés ;

Peu d'urines ;

Facies très mauvais ;

Le ventre est souple, non ballonné, mais particulièrement douloureux dans la région épigastrique ;

A la percussion, on trouve de la sonorité pré-hépatique ;

Pas de matité dans les flancs.

A la palpation, on constate peu de défense musculaire si ce n'est dans la région stomacale.

Le diagnostic établi est : perforation d'un organe creux.

L'intervention est décidée immédiatement.

Opération.— Le 10 août à 5 heures du soir.

Éthérisation avec l'appareil d'Ombredanne.

Opérateur, Dr Martin. Aide, Dr Spillmann.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

La séreuse apparaît distendue par de la sérosité et du sang.

Évacuation de cette sérosité. Il ne se fait à ce moment aucun dégagement de gaz.

On ne constate pas la présence de débris alimentaires.

On observe un bombement de la région stomacale donnant l'impression d'un estomac plein.

Cette saillie et cette rénitence sont dues à un énorme épan-

chement de caillots sanguins frais dans l'arrière-cavité des épiploons.

On constate la présence d'une poche semblant faire corps avec le pancréas. De la poche rompue s'échappent des caillots qui sont soigneusement enlevés.

On ne trouve pas de perforation stomacale.

Drainage de cette poche. Drainage de la cavité péritonéale sous-ombilicale par mèches.

Le diagnostic postopératoire est : kyste hématique rompu du pancréas.

Suites opératoires. — 10 août. — Température 37°5. Pouls 120.

Le ventre est souple, peu douloureux.

Les urines sont normales.

On fait au malade une injection d'éther et une de caféine.

Lavement de Murphy.

11 août. — Température 37°2. Pouls 108.

Le malade a quelques vomissements.

Quantité d'urines diminuée.

Les mèches sont changées.

Lavage d'estomac.

12 août. — Température 37°4. Pouls 90.

Pas de vomissements.

Le malade rend quelques gaz.

La quantité d'urines augmente.

13 août. — Température 37 degrés. Pouls 90.

Le malade a un vomissement.

Quantité d'urines normale.

Suture de la paroi, le malade étant anesthésié au chlorure d'éthyle puis au chloroforme.

16 août. — Température 39°5. Pouls 100.

Langue saburrale.

L'intestin est légèrement ballonné.

On donne une purgation.

17 août. — Température 39°2. Pouls 100.

La cicatrisation est définitivement établie le 28 août.

Le malade sort guéri le 8 septembre.

OBSERVATION II

(Tulasne)

(*Kystes glandulaires du pancréas*. Th. de Paris, 1899.)

Rupture d'un kyste glandulaire du pancréas, suivie d'un épanchement séro-sanguinolent intra-péritonéal pris pour une hématocèle. — Laparotomie ; guérison. — Reproduction consécutive du kyste; laparotomie ; drainage de la poche. — Guérison.

La nommée Marie G..., âgée de vingt-quatre ans, ménagère, entre le 19 octobre 1898, à l'hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 2, à cause d'une tumeur qui vient faire saillie au niveau de la région épigastrique, et qui s'accompagne de troubles digestifs intenses.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de soixante-neuf ans, bien portant.

Mère morte à quarante-huit ans, tuberculeuse.

Un frère mort à vingt-huit ans, asphyxié.

Une sœur morte à quatre ans, de choléra infantile.

Un frère mort à vingt-huit mois de méningite.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de quatre ans,

jusqu'à l'âge de huit ans, la malade a toujours été souffrante ; elle avait paraît-il, chaque année, au mois d'août, une fièvre qui durait de deux à trois semaines.

Réglée à quatorze ans. A dix-huit ans et demi, fausse couche de deux mois ; à dix-neuf ans, fausse couche de six semaines ; à dix-neuf ans et demi, encore une fausse couche de six semaines ; à vingt ans, fausse couche de deux mois.

Depuis sa dernière fausse couche, la malade a une menstruation tout à fait irrégulière ; tantôt ses règles avancent, tantôt au contraire elles retardent ; depuis, elle souffre très souvent du ventre et elle a des pertes blanches.

A partir du mois de septembre 1897, la malade sentit ses forces diminuer peu à peu, en même temps que son ventre grossissait et que sa menstruation devenait plus irrégulière que jamais. C'est ainsi que ses règles arrivaient après un retard de quinze jours au mois d'octobre et de novembre, et après un retard de six semaines au mois de janvier 1898. En même temps, des troubles digestifs intenses apparaissaient : nausées, vomissements, douleur continuelle au creux de l'estomac, avec exagération atroce par moments, alternative de constipation et de diarrhée.

2 février 1898. — Dans la matinée, la malade, en faisant son ménage, ressentit une douleur violente dans le ventre au voisinage de l'ombilic, et perdit presque aussitôt connaissance.

Un premier médecin appelé diagnostiqua une « hydropisie aiguë », un deuxième médecin pensa à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. Quoiqu'il en soit, pendant toute la journée du 2 février, la malade fut très faible, si faible même que les médecins n'osèrent la faire transporter à l'hôpital.

3 février. — Légère amélioration.

4 février. — Le médecin qui vient la visiter à la fin de la matinée l'envoie alors à l'hôpital Necker.

Examen à l'entrée. — La malade est complètement abattue, elle a le facies paradoxal ; son bas-ventre est un peu distendu.

Palpation. — On ne sent pas de tumeurs dans le ventre, mais les poussées déterminent une douleur abdominale vive au voisinage de l'ombilic.

Percussion. — Matité au niveau du bas-ventre et dans les fosses iliaques.

La température est normale, mais le pouls est très petit et rapide, aussi l'interne de garde envoie chercher M. Morestin, chef de clinique de M. le professeur Le Dentu.

Opération. — A 3 h. 1/2.

Laparotomie médiane sus-pubienne ; on constate alors que le ventre est rempli par un liquide séro-sanguinolent ; comme ce liquide occupe toute l'excavation pelvienne, comme on ne trouve nulle part trace de tumeur, comme enfin l'une des trompes est un peu ecchymosée, on fait le diagnostic d'hématocèle consécutive à une grossesse tubaire rompue.

La cavité abdominale est alors soigneusement nettoyée avec des éponges, et on referme le ventre en laissant un drain dans la plaie.

Les suites opératoires furent parfaites et la malade sortit le 28 février guérie.

A partir de cette époque, pendant trois ou quatre mois, l'état de la malade fut assez satisfaisant, ses forces étaient revenues, et les troubles digestifs avaient en grande partie disparu. La malade se croyait donc guérie, lorsqu'au mois de juillet réapparaissent ses douleurs d'estomac, d'abord intermittentes puis continuelles avec exacerbations comme autrefois.

Au mois d'août la malade commence à sentir une grosseur un peu au-dessus de l'ombilic ; mais elle ne s'en inquiéta pas, et malgré ses douleurs d'estomac, malgré ses troubles digestifs (vomissements et diarrhée) elle persista à ne pas consulter de médecin.

Au mois de septembre l'état de la malade continue à s'aggraver, elle ne quitte presque plus le lit, car elle n'a plus de forces ; elle est en outre très exaltée et plusieurs fois elle se serait, dit-elle, jetée par la fenêtre si on ne l'avait empêchée.

4 octobre. — On envoya chercher un médecin qui conclut à une simple maladie d'estomac chez une hystérique et qui fit des lavages d'estomac pendant quinze jours, ces lavages soulageaient momentanément la malade, mais comme les douleurs réapparaissaient ensuite, et comme la tumeur, loin de diminuer, augmentait toujours, on envoya chercher un second médecin qui adressa la malade à M. Morestin, chef de service, en l'absence de M. le professeur Le Dentu.

Examen à l'entrée de l'hôpital

Inspection. — On aperçoit au-dessus de l'ombilic une voussure peu nette, large comme la main, située en grande partie à droite de la ligne médiane ; cette voussure suit les mouvements inspiratoires.

Palpation. — On sent une tumeur dure, rénitente, grosse comme les deux poings, qui est soulevée par les battements aortiques.

Percussion. — Il n'y a matité qu'au niveau de la partie centrale de la voussure, partout ailleurs on trouve de la sonorité.

Organes génitaux. — Au palper bi-manuel, on constate que

l'utérus légèrement douloureux est en antéversion normale, les annexes paraissent sains.

Appareil urinaire. — Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; l'exploration de la région lombaire ne révèle rien de particulier.

Appareil digestif. — Anorexie complète, vomissements très fréquents, rarement alimentaires, presque toujours bilieux. Douleur continuelle sourde au creux de l'estomac ; par moment crises gastralgiques qui ne semblent pas influencées par les repas. Diarrhée très fréquente, les selles ont une coloration jaune foncé. La malade n'a pas actuellement d'hématémèses, mais elle en aurait eu une, peu abondante d'ailleurs, il y a quatre mois.

Foie. — Il n'est pas douloureux et ne déborde pas sensiblement les fausses côtes ; la matité hépatique est séparée de la matité centrale de la voussure par une large zone de sonorité.

Rate. — Elle n'est pas augmentée de volume.

Appareil respiratoire. — La malade tousse un peu chaque matin, mais l'auscultation ne révèle rien de spécial.

Appareil circulatoire. — Rien de particulier à signaler.

Système nerveux. — La malade est très nerveuse, elle présente la plupart des stigmates de l'hystérie : constriction de la gorge, abolition du réflexe pharyngien, exagération du réflexe rotulien, zone d'anesthésie, rétrécissement du champ visuel.

Organes des sens. — La malade se plaint d'avoir souvent des brouillards devant les yeux et des bourdonnements d'oreille.

D'après les symptômes qui précèdent, on fait le diagnostic de kyste hydatique du foie, et comme il y a de la sonorité en

avant de la plus grande partie de la tumeur, on pense que ce kyste doit dépendre de la partie postérieure de la face inférieure du foie.

M. Morestin décide d'intervenir. L'opération est faite le 21 octobre.

On fait une incision médiane allant de l'ombilic à l'appendice xyphoïde.

On constate alors l'existence d'une tumeur grosse au moins comme une tête d'enfant nouveau-né, qui vient aussitôt faire saillie entre les lèvres de la plaie. Cette tumeur liquide présente une coloration bleuâtre, on la ponctionne et il s'écoule alors un liquide rougeâtre, épais, qui, malheureusement, n'a pas été analysé.

Les différents organes de la partie supérieure de l'abdomen sont ensuite soigneusement explorés; l'estomac semble avoir été refoulé en haut et à gauche, le côlon en bas.

Le foie, la rate et les reins sont reconnus indemnes, et l'on constate alors nettement que le kyste dépendait du pancréas.

La poche kystique tamponnée est suturée à la partie inférieure de la plaie abdominale qui est incomplètement fermée.

Suites opératoires. — Absolument parfaites : la malade n'a jamais la moindre élévation de température. Elle sort le 14 novembre 1898 avec une petite fistule ombilicale dont les bords sont rouges, irrités par le liquide qui suinte. Les troubles digestifs ont en grande partie disparu. Elle va aussi bien que possible.

Nous avons retrouvé la suite de cette observation dans le rapport de M. Morestin au Congrès de Chirurgie de 1905 :

La fistule se tarit spontanément au bout de quelque temps, mais la malade mourut plusieurs mois après.

L'autopsie établit que la mort était due à une cirrhose du foie; quant au pancréas, il était épaissi, induré, déformé, avec de nombreuses adhérences à son pourtour.

Le professeur Cornil conclut à une sclérose du pancréas sans trace de lésion kystique.

OBSERVATION III

Obs. d'un kyste du pancréas

(Dr Johsua Parsons de Beckington, *Gazette médicale de Paris*, 1858.)

Une femme de soixante ans, affectée d'accidents dyspeptiques et gastralgiques, vit se développer dans la région de l'épigastre, mais au-dessous de l'estomac, une tumeur fluctuante qui atteignit la grosseur d'une orange environ. Un jour cette tumeur disparut subitement au grand étonnement de la malade et de son médecin.

En même temps une diarrhée abondante se manifesta. Cette diarrhée présente les caractères remarquables que voici : fluide, de consistance glaireuse, de couleur blanc sale, ayant une odeur qui rappelait celle de la salive.

Un soulagement momentané suivit cette évacuation, mais ne fut que temporaire. La tumeur reparut bientôt, atteignit ses premières proportions, sans cependant les dépasser.

En même temps des douleurs de reins, dans les fosses

iliaques et dans la région lombaire droite, vinrent se joindre à ces accidents.

Les souffrances, l'émaciation, la débilité firent alors des progrès, la tumeur se vide encore pour se reproduire soudainement, mais alors elle porte des traces de sang épanché et la malade mourut un jour subitement d'hémorragie interne.

A l'autopsie on trouve le pancréas transformé en un vaste canal, terminé à ses deux extrémités par des ampliations cystiques contenant du sang altéré ; les parois en étaient d'une dureté cartilagineuse, réunies par des adhérences à l'estomac, aux reins, au côlon.

OBSERVATION IV

(Dr L. Lapeyre de Tours, *Bulletin société de Chir.*, 1909.)

Un cas d'hémorragie du pancréas. — *Mort* (Hématocèle prépancréatique.)

M. M..., soixante-quatre ans, commerçant à Valençay, père de deux enfants d'une trentaine d'années, bien portants, est connu depuis longtemps de son médecin, le Dr Bretheau.

Antécédents peu chargés, pas de grandes maladies infectieuses depuis l'enfance, pas de paludisme.

Un peu d'asthme, peut-être deux ou trois crises néphrétiques, artério-sclérose accentuée, résultant sans doute de quelque tendance à faire bonne chère.

Pas d'alcoolisme. L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines par des crises douloureuses, survenues brusquement et devenues de plus en plus fréquentes.

Le tableau de ces crises est toujours le même : à la sensation permanente de tension, de lourdeur à l'épigastre, s'ajoute une

douleur aiguë débutant à l'épigastre, puis s'étendant au thorax, avec épaule en avant et même en arrière.

A ce moment, le malade croit étouffer, il se lève et va à la fenêtre; la durée de la crise varie de quelques minutes à une demi-heure.

Les crises se répètent après quelques jours, assez nombreuses pour ne laisser au malade que peu de répit. La morphine les calme pour plusieurs heures.

L'appétit a disparu, les aliments ne passent pas. Le régime lacté presque absolu a fini par s'imposer. Cependant aucun vomissement. Le Dr Bretheau, appelé dès le début, pense d'abord à des crises angineuses, mais au bout de quelques jours il constate dans l'hypocondre gauche, à l'insu du malade, une tumeur complètement indolore mais grossissant rapidement.

Il propose une consultation chirurgicale et je suis appelé le le 6 août.

Le facies est très amaigri, basané (mais c'est paraît-il le teint habituel); les artères sont dures et sinueuses, le malade affaibli ne se lève pour ainsi dire plus.

Le malade décrit très nettement la gêne ressentie à l'épigastre puis les crises toujours identiques à elle-mêmes.

L'examen ne révèle pas d'ictère, pas de modifications des urines ni des fèces.

L'amaigrissement est très accusé, l'insuffisance de l'alimentation ne paraît pas l'expliquer entièrement.

A l'inspection, une tuméfaction arrondie apparaît immédiatement au-dessous des fausses côtes gauches. Le palper est absolument indolore, le malade ne soupçonné pas sa tumeur.

Il montre toujours son épigastre indolore, de même au toucher. La tumeur elle même est lisse, arrondie, élastique, don-

nant l'impression d'une tumeur liquide. Elle est très mobile, on peut la déplacer, la repousser sur les fausses côtes.

Elle s'enfonce sous les fausses côtes et sa limite supérieure ne peut être délimitée.

Elle est complètement mate, la matité se confond avec celle de la rate.

Pas de ballottement lombaire.

L'estomac et l'intestin ne sont pas distendus. Pas d'ascite, pas d'œdème.

Rien au cœur et aux poumons.

Où cette tumeur s'est-elle développée et quelle est sa nature ? Ce n'est pas dans le rein et, d'après les signes, je pense d'abord à un kyste de la rate. Mais une autre question se pose.

Les symptômes pseudo-angineux accusés par le malade résultent-ils de la présence de la tumeur ?

Je réponds oui, car très nettement le siège initial de la douleur est l'épigastre, le plexus cœliaque et non le plexus cardiaque.

Il y a irritation du plexus cœliaque par compression.

Je propose donc le transport du malade à Tours et une intervention probable.

Le transport est fait le lendemain et je procède à un nouvel examen en compagnie de mon excellent collègue, le Dr Bosc.

Nous sommes d'accord tous les deux pour affirmer l'existence de troubles du plexus solaire, occasionnés par la tumeur.

Mais ces troubles ne s'expliquent guère avec une tumeur de la rate.

Nous pensons alors à une tumeur de la queue du pancréas.

Mais la mobilité de la tumeur, sa superficialité, ses rapports de continuité apparente avec la rate nous écartent quelque peu

d'un diagnostic qu'aucun autre symptôme ne vient corroborer.

Nous restons dans le doute et décidons l'opération pour le 8 août.

Opération. — Laparatomie latérale gauche sur la tumeur elle-même. Incision prolongée obliquement en haut et en dedans en suivant les faussescôtes gauches.

Le péritoine ouvert, une tumeur rougeâtre lie de vin, sous une espèce de capsule graisseuse, apparaît.

J'essaie de contourner la tumeur pour arriver à une ablation complète.

Mais elle s'enfonce profondément en dedans vers la colonne vertébrale sans que la main en perçoive le pôle supérieur.

A ce moment, la partie de la tumeur attirée entre les lèvres de la plaie se rompt, des cailiots sanguins mous, s'en échappent. Je vide alors une poche énorme contenant 1 litre et demi environ de caillots et assèche de mon mieux la cavité.

Je veux alors reséquer partiellement la poche avant de la marsupialiser.

Je suis vite arrêté du côté externe par des adhérences intimes avec le coude droit du côlon et par la rate elle-même normale.

Marsupialisation et Mickulicz pour parer à une hémorragie possible.

La poche n'est autre chose que de l'arrière-cavité des épiploons.

Suites immédiates excellentes. Pas de shock. Pas de douleurs. Nuit calme. Le lendemain matin agitation et pouls très rapide. Température 30°4.

Douleur aiguë à l'épigastre.

Mort l'après-midi par syncope. Pas d'hémorragie dans le pansement.

Le diagnostic post-opératoire était : hémorragie pré-pancréatique.

OBSERVATION V

(Th. Anger, Société anat. mars 1865.)

Kyste sanguin du pancréas.

Trinquesse Jacques, soixante-douze ans, allumeur de becs de gaz, entra à l'hôpital Beaujon, salle St-Jean n° 14, le 27 février 1865. Il meurt après avoir présenté de nombreux troubles morbides.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

En ouvrant l'abdomen on voit au niveau et en avant du rein gauche une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus. Tout d'abord je crus à un kyste du rein. Cette tumeur était en rapport : en avant, avec la paroi abdominale, l'estomac et le côlon transverse ; en haut, le diaphragme ; en bas, avec le côlon descendant, en arrière, avec le rein ; en dedans, avec le pancréas ; en dehors et en haut, avec la rate qui était cachée en arrière, entre le diaphragme et la tumeur.

Une dissection rapide nous permet de constater qu'elle n'adhère au rein et à la rate que par un tissu cellulaire lâche, au milieu duquel on aperçoit les vaisseaux qui se rendent à ces organes. Mais en dehors la gaine du pancréas est intimement appliquée et adhérente à la tumeur. La capsule surrénale en est complètement indépendante.

De ces quatre organes, c'est évidemment le pancréas qui offre avec la tumeur les rapports les plus intimes. La surface externe est inégale, bosselée, ses parois d'une épaisseur très variable.

La fluctuation est manifeste dans toute l'étendue, sur tous les points. Au niveau des bosselures, la minceur des parois laisse voir une coloration noirâtre. Nulle transparence. En disséquant attentivement la tumeur on voit, en arriere et en haut, l'artère et la veine spléniques, intimement appliquées sur la tumeur difficile à isoler, en voyant l'une et l'autre, des vaisseaux nombreux qui sillonnent toute la surface et marchent dans l'épaisseur même des parois.

Ces vaisseaux sont gros, volumineux et admettent facilement un stylet de trousse. Par une dissection attentive on parvient à détacher de la tumeur les lobules du pancréas, ou au moins, en grande partie car au-dessous d'eux reste confondu avec la paroi, un tissu cendré qui paraît également glandulaire.

En ouvrant la tumeur, il s'en échappe une quantité considérable de sang liquide, noirâtre, qui, porté sous le microscope, ne contient que des globules sanguins peu altérés, la plupart libres, beaucoup empilés.

Outre ce sang liquide, on voit du sang coagulé assez récemment, formant des caillots noirs et fibrineux, entremêlés, un peu ramollis.

Après avoir lavé la paroi interne, on observe une disposition curieuse : toute la surface interne est inégale réticulée, parcourue par des brides incomplètes et son aspect rappelle tout à fait la paroi interne du ventricule droit.

Au niveau des bosselures on voit des diverticulums communiquant largement avec le kyste principal par plusieurs ouver-

tures, mais néanmoins séparés du kyste par des prolongements cellulo-fibreux.

La paroi de ce kyste est, en quatre ou cinq points, envahie par des noyaux durs, résistants. L'un de ces noyaux est crétacé, un second est fibro-cartilagineux, un troisième est formé d'une substance fibrineuse, rougeâtre, criblé de petits épanchements sanguins.

Discussion.

Quelle est l'origine de cette tumeur?

D'abord, dans quelque point de la surface interne qu'on fasse une coupe microscopique, on voit nettement l'épithélium nucléaire, des noyaux épithéliaux et quelques cellules, les uns libres, les autres rangés en tube.

Cet épithélium ressemble exactement à l'épithélium du pancréas pris sous les lobules adhérents aux parois du kyste. En outre, on constate souvent dans ces coupes l'existence de culs-de-sac glandulaires.

Les cloisons qui parcourent la face interne sont formées principalement de tissu conjonctif au milieu duquel existent des vaisseaux et çà et là quelques débris d'acini.

Sur plus de dix préparations prises en différents points, nous avons toujours constaté des culs-de-sac, des éléments d'épithéliums nucléaires et des culs-de-sac glandulaires.

Cet examen nous permet de résoudre la question d'origine.

Évidemment c'est un kyste qui a pris naissance dans la queue du pancréas. La présence de culs-de-sac glandulaires et de l'épithélium ne permet aucun doute à cet égard.

Les cloisons qui sillonnent la face interne sont des débris du tissu conjonctif interlobulaire; cette explication est d'autant plus probable qu'on y trouve encore quelques éléments

glandulaires atrophiés et des vaisseaux interlobulaires.

La présence du sang dans le kyste n'est pas moins facile à expliquer. La distension progressive aura fini par rompre quelques cloisons, d'où l'hémorragie.

En résumé, voici comment nous nous expliquons la pathogénie de ce kyste.

Dans l'origine ce n'était qu'une simple dilatation d'un cul-de-sac glandulaire. Peu à peu, la poche, en se distendant, a comprimé et atrophié les lobules voisins. Le stroma fibreux de ces lobules plus résistants a persisté et formé ces cloisons réticulées que nous avons décrites à la face interne.

Quelques-unes de ces cloisons plus faibles ce seront rompues, et le kyste, de séreux est devenu sanguin.

Il est une autre explication également vraisemblable. Nous savons que le malade avait reçu, il y a plusieurs années, une pièce en fonte sur la poitrine : un épanchement sanguin dans la queue du pancréas a pu en être le résultat. Cet épanchement se serait enkysté, refoulant autour de lui le tissu pancréatique et s'en formant pour ainsi dire une enveloppe. Ce serait une autre façon d'interpréter la présence des éléments du pancréas dans les parois du kyste.

OBSERVATION VI

(De Bersaques, *Journ. de chir.*, 1912.)

Kyste hématique du pancréas

Homme de cinquante ans ayant présenté en 1902 des troubles dyspeptiques légers.

En 1905, une diarrhée rebelle après les repas; ayant vu apparaître en 1907 un gonflement à évolution lente dans la par-

tie supérieure du ventre sans altération appréciable de l'état général.

Après une cure à Carlsbad, il ressent une douleur brusque syncopale dans la partie supérieure du ventre, l'amaigrissement est rapide, la douleur persiste dans la région de la ceinture. En août 1908, le diagnostic de péritonite tuberculeuse étant porté, on fait une ponction qui retire de la cavité péritonéale 300 grammes de liquide coloré dont l'examen démontre la nature non tuberculeuse.

La ponction est suivie de douleurs très vives dans l'abdomen. Après d'autres examens un traitement par les bains de lumière amène une diminution du volume du ventre.

En 1909 et 1910 le malade a des hématémèses qui l'affaiblissent beaucoup.

10 novembre. — De B... l'examine et constate les faits suivants :

Malade très amaigri. Le ventre présente une distension considérable avec lacis veineux superficiel très marqué. La distension est assez régulière. A la palpation rénitence uniforme. L'examen est partout quelque peu sensible surtout dans la région ombilicale.

La fluctuation est nette et presque en tous sens. A la percussion, matité dans toute son étendue excepté à la partie supérieure gauche. Il existe aussi, mais d'une façon moins précise, de la submatité sur le côté droit au-dessus de la fosse iliaque.

La matité supérieure se confond totalement avec celle du foie.

Pas de ballonnement dans la région rénale.

Phlébite de la jambe droite.

Le diagnostic reste hésitant entre le kyste du mésentère et le kyste du pancréas.

23 novembre. — Devant la gravité des cas, de B...intervient, trouve une tumeur kystique, la ponctionne, évacue du liquide rougeâtre, incise le kyste, le vide de son contenu et constate qu'il est développé entre l'estomac et le côlon transverse.

Il parvient à dégager complètement le kyste et à lier ses vaisseaux nourriciers.

Fermeture sans drainage.

Suites parfaites. Guérison persistante.

OBSERVATION VII

(Soubblovitch, Congrès de Méd., 1900.)

Kyste hématique du pancréas. — Opération. — Mort

S. I..., femme, vingt-sept ans, entre à l'hôpital de Belgrade le 30 octobre 1894. Il y a deux ans, à la suite d'une contusion de la région de l'hypocondre gauche (chute), la malade ressent une violente douleur; une tumeur apparaît, augmente progressivement de volume; les douleurs deviennent plus intenses; la malade entre à l'hôpital.

La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, dépasse en bas l'ombilic, se prolongeant à droite au delà de la ligne médiane. Tumeur lisse, peu mobile transversalement, suivant les mouvements respiratoires, séparée du foie par une zone tympanique. L'injection gazeuse permet de constater que l'estomac se trouve au-dessus, et le côlon transverse au niveau même du pôle inférieur de la tumeur. Rien dans les organes génitaux.

5 novembre 1894. — *Opération.* — La tumeur est recouverte par le grand épiploon que l'on dissèque ; on voit alors que la face postérieure de l'estomac adhère intimement à la partie supérieure de la tumeur ; la face antérieure de celle-ci est recouverte par le feuillet pariétal de l'arrière-cavité.

Ponction qui permet de retirer 1 lit. 1/2 de liquide hémorragique. Marsupialisation.

Le 7 novembre apparaissent des symptômes d'infection péritonéale qui emporte la malade.

Autopsie. — On constate qu'une suture a cédé, d'où formation d'une communication entre la poche et la grande cavité qui avait été le point de départ de la péritonite.

OBSERVATION VIII

(Pétroff, Saint-Pétersbourg, *Journal de Chirurgie*, 1911.)

Cas de traitement chirurgical pour processus inflammatoires aigus de la région pancréatique

Femme de dix-sept ans opérée en novembre 1908 pour kyste hydatique du foie : on enlève cinq kystes hydatiques ; il subsista à la suite une fistulette qui fut curettée en septembre 1909, mais persista malgré tout.

29 décembre. — La malade est prise le soir après son repas d'une vive douleur épigastrique, bientôt suivie de vomissements et de fièvre. Après une journée d'amélioration, les accidents reprennent et elle entre à l'hôpital le 31.

Très vives douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen..

Température 38°8.

Pouls 100.

Ballonnement de l'abdomen localisé à l'épigastre qui présente une défense musculaire marquée rendant impossible toute palpation. La partie inférieure de l'abdomen est au contraire indolore et souple. Les vomissements et la diarrhée ont cessé. Le diagnostic porté est suppuration d'un kyste kydatique, probablement dans le lobe gauche du foie et une intervention est décidée. Celle-ci montre que le foie et l'estomac sont intacts, mais dans le mésentère, le grand épiploon et le mésocôlon transverse il existe de nombreuses ecchymoses de dimensions variées.

En ouvrant l'arrière-cavité des épiploons, on tombe sur une tumeur dure, bosselée, grosse comme une petite pomme, occupant la queue du pancréas. Tout autour d'abondantes ecchymoses. Effondrement du feuillet péritonéal et drainage avec quatre mèches de gaze.

L'amélioration fut immédiate, la guérison se fit peu à peu après évacuation, le 14 janvier, d'une cuillerée à soupe environ de pus épais.

La réaction de Cammidge fut positive deux fois avant l'opération et une semaine plus tard.

L'examen de la digestibilité des noyaux cellulaires montra que le pancréas fonctionnait bien le 16 janvier.

CONCLUSIONS

Les hémorragies aux cours de l'évolution des kystes du pancréas étant faits assez rares, il ne nous est pas permis de conclure nettement sur la pathogénie de ces hémorragies.

L'hémorragie peut s'effectuer dans la cavité péritonéale, dans l'arrière-cavité des épiploons ou dans un viscère creux avoisinant la glande : estomac ou côlon transverse.

L'hématome consécutif à un épanchement sanguin s'enkystera et déterminera des troubles assez variables par leur forme mais presque toujours très douloureux.

Le siège d'élection est l'arrière-cavité des épiploons.

Une hémorragie consécutive à la rupture d'un kyste pancréatique s'accompagnera des phénomènes aigüs rappelant la perforation gastrique ou intestinale ou l'hémorragie interne.

Malgré la difficulté du diagnostic de la lésion, dans la plupart des cas la constatation des symptômes dramatiques et bruyants, liés aux antécédents du malade ou la présence d'une tumeur abdominale, commandent l'intervention.

Cette intervention s'adresse surtout à l'hémorragie.

La poche kystique peut être extirpée, marsupialisée ou drainée.

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Adoue. — Thèse de Bordeaux, 1887.

Agverd. — Pancreatic cyst. remonat by laparotomy Recovery (Univ. Med. Philadelphia).

Anger (Th.). — Société anat., 1865.

Bas. — Thèse de Lyon, 1877.

Beckel. — Chirurgie du pancréas. Des kystes pancréatiques, 1871.

Bersaques (de). — Kyste hématique du pancréas (Journ. Méd. Bruxelles, 1912).

Capelli. — Contribution à l'étude de la chirurgie du pancréas (Policlinica, 1909).

Cartledge. — Cyst. of Pancreas (Louisville, mars 1895).

Catheart. — A case of traumatic cyst. of pancreas. Rupture after hypodermise puncture. Laparotomy. Recovery (Trans. med. clin. Society Edimbourg, 1889-1890).

Cibert. — Gros kyste glandulaire de la queue du pancréas. Ablation complète. Guérison (Gazette des Hôpitaux, 1896, p. 347).

Cornil. — Société anat., 1863.

Cruveilhier. — Anatomie pathol. T. III, p. 365.

Delbet-Pierre. — Pancréatites expérimentales (Société de Chir., 1914).

— Nouveau traité de chirurgie. Maladies du pancréas.

Doran. — Soc. Med. Londres (in Bulletin méd., 1898).

Douchanine. — Un cas de kyste du pancréas (Chirourguia, t. XXXI, mai 1912).

Eve. — Surgery of the pancreas. With report of a case (Med. and surg. report Philadelphia, t. LXXVI, p. 583).

Faucillon. — Kystes séreux du pancréas. Thèse de Paris, 1892.

Finotti. — Zwei Falle von Pancreaskysten Operationund Heilung (Wien. Klin. Wochens).

Fonrose. — Pancreatic cyst. (Annals of surg. Philadelphia, 1897, t. XXV).

Francisco (de). — Un cas de double kyste du pancréas. Extirpation totale des deux kystes. Guérison (La Reforma Medica. t. XXVIII, fév. 1912).

Garrigues. — Med. Record. New-York, 1882, p. 286.

Generschi. — Produits pathologiques des kystes du pancréas (Orvosi Sel. Budapest, 1899, XLI).

Giffen. — Cyst. of pancréas. Abdominal section Recovery (Med. news Philadelphia, 1893).

Hall. — Observations sur les kystes du pancréas (New-York, méd. journal, t. XCIII, fév. 1911).

Hartmann. — Notes sur les kystes du pancréas (Congrès français de Chir. Paris, 1861, p. 618).

Hulke. — Pancreatic cyst. (Brit. med. Journal, London, 1892).

Kuhnast. — Thèse de Breslau, 1889.

Lapeyre. — Un cas d'hémorragie du pancréas (Hématocèle prépancréatique). Mort (Soc. de Chir., 15 déc. 1912).

Le Dentu. — Société anatomique, 1865.

Le Moinet. — Kyste du pancréas (Société de Chir., 1912).

Lenoir. — Les Contusions du pancréas. Thèse de Paris, 1910.

Levêque. — Kystes sanguins mésentériques et rétropéritonéaux. Thèse de Paris, 1911).

Lith. — Ruptures of the Pancreas (Lancet, London, 1895, p. 790).

Mac Burney. — Cyst. of the pancreas (Anals of Surg. Philadelphia, 1894).

Malan. — Kystes du pancréas (Clinica chirurgica, 1909).

Mays. — Pancreatic cyst. med. Rec. New-York, 1894.

Morestin. — Congrès français de Chirurgie, 1905.

Mortens. — Chirurgie des kystes du pancréas (Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1909).

Nimier. — Revue de Chir., 1893, t. III.

Parsons. — Observation d'un kyste du paneréas (Gaz. méd. Paris, 1858).

Petroff. — Cas de traitement chirurgical pour processus inflammatoires aigus de la région pancréatique (Roussky Vratch, t. IX, n° 51, décembre 1910).

Poncet. — Gazette des Hôpitaux, 1896.

Quenu. — Kyste du pancréas (cholerragie post-opératoire) (Société de Chir., 15 fév. 1911).

Railton. — A case of pancreatic cyst. in an infant (Brit. medic. Journal, 1896, t. II, p. 1896).

Rewe. — A case of pancreatic cyst. (Ann. surg. Philadelphia, 1895).

Schwartz. — Un cas de kyste du pancréas (Sem. méd., 1893).

Senn. — The surgical treatment of cyst. of the pancreas (Amer. journ. of medic. Sciences, 1885).

Stieda. — Eine pancreaskyst (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat., 1893).

Telling et Dobson. — Kyste du pancréas chez un enfant (British journal of Childien's Diseases, 1909).

Tillaux. — Chirurgie, t. II, p. 169 et suiv.

Vergez. — De l'extirpation totale des kystes du pancréas (Journal de Méd. de Bordeaux, 24 nov. 1895).

Walther. — Pseudo kyste hématique de l'arrière-cavité des épiploons (Société de Chir., 17 mai 1911).

Imp. de la Librairie J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris — 2851